

УДК 615.825.1

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ГОНАРТРОЗ

Андрійчук О. Я., Григус І.М.

Волинський національний університет імені Лесі Українки, Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка С.Дем'янука

Анотація. У статті розглядаються питання ефективності та доцільності застосування фізичної реабілітації у хворих на гонартроз. Пацієнти основної групи займалися за розробленими індивідуальними програмами фізичної реабілітації, а контрольної – за загальноприйнятими. Відзначено позитивну порівняльну динаміку змін інтенсивності больових відчуттів у хворих основної групи після лікування у стаціонару, через три місяці й через шість місяців після виписування. Больові відчуття докучали набагато менше, ніж до поступлення в лікарню та проходження курсу лікування й реабілітації. Такі ж позитивні зміни відмітили пацієнти основної групи при визначенні тяжкості ранкової скруті в колінних суглобах, більшість з них відзначали мінімальну тяжкість скруті зранку.

Ключові слова: фізична реабілітація, біль, скрутість, гонартроз.

Постановка проблеми. Остеоартроз належить до найбільш тяжких захворювань і займає 80 % у загальній структурі патологій суглобів. За даними досліджень, поширеність остеоартрозу коливається від 4,2 до 22,6 % [5]. Згідно з даними EULAR (2010 р.), остеоартроз є третім із найбільш поширених діагнозів хворих старшого віку [8]. За результатами епідеміологічних досліджень, розповсюдженість остеоартрозу в різних регіонах земної кулі сягає 30 %, причому досить часто (40 %) уражаються колінні суглоби, викликаючи гонартроз. В Україні поширеність ОА складає 240 на 10 000 населення, причому ці показники щорічно зростають. За статистичними даними, в Україні кожен третій мешканець страждає на остеоартроз [3].

Хронічний больовий синдром, який супроводжує прогресування хвороби, обмеження функцій суглобів значно знижують якість життя хворих.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Актуальність питання сприяла проведенню низки досліджень щодо проблем остеоартрозу. Так, проведено клініко-експериментальне дослідження щодо патогенетичного обґрунтування принципів етапного відновлюваного лікування хворих на артроз [2]. Висвітлено клініко-патогенетичне обґрунтування застосування фізичних чинників у реабілітації хворих на артроз [1]. Вивчено особливості застосування магнітотерапії та кальцеміну [4] й низькочастотного ультразвуку та магнітолазерної терапії в реабілітації хворих на остеоартроз [7]. Розроблено алгоритм хірургічного лікування хворих на деформівний артроз [6]. На жаль, остео-

артроз залишається хронічним захворюванням із відсутніми методами й засобами, які здатні повністю призупинити дегенеративні зміни та відновити структуру хряща.

Робота виконана згідно теми «Вдосконалення організаційних та методичних засад програмування процесу фізичної реабілітації при дисфункціональних порушеннях у різних системах організму людини» Зведеного плану НДР у галузі фізичної культури і спорту на 2011-2015 рр. Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України.

Мета роботи — обґрунтувати необхідність проведення та вивчити ефективність фізичної реабілітації хворих на гонартроз 0-I рентгенологічної стадії.

Методи дослідження. Аналіз та узагальнення даних спеціальної літератури, науково-методичних напрацювань, педагогічне спостереження та експеримент, соціологічне дослідження (анкетування, інтерв'ю, опитування), клінічне обстеження хворих на гонартроз (визначення функціонування стану опорно-рухового апарату, рівня фізичного стану).

Результати дослідження та їх обговорення. Усього під нашим спостереженням перебувало 127 хворих із гонартрозом, з них із 0 рентгенологічною стадією — троє, із I стадією — 124 хворих, що становить, відповідно, 1 % і 21 % від загальної кількості обстежених пацієнтів. Вибірковим поділом та за згодою хворих їх поділено на дві групи — контрольну (КГ), у яку увійшло 60 осіб, та основну (ОГ) — 67 пацієнтів. Середній вік хворих КГ — $45,5 \pm 1,2$; хворих ОГ — $47,21 \pm 0,8$ років. Згідно з рентгенологічними даними, у таких хворих були відсутні або сумнівні рентгенологічні ознаки остеоартрозу, проте відзначали клінічні симптоми захворювання:

дискомфорт, біль у суглобах впродовж попереднього місяця, що частіше виникає під час або відразу після тривалого перебування на ногах, фізичного навантаження, що вимагає відпочинку, після якого неприємні відчуття зникають. Виникнення больових відчуттів призводить до тимчасової втрати працездатності. Функціональна здатність хворих обмежена при значних фізичних навантаженнях — функціональна недостатність суглоба (ФНС — 0–І).

Хворі обох груп отримували загальноприйняте медикаментозне лікування. В доповнення пацієнти КГ займалися за загальноприйнятою методикою реабілітації, а пацієнти ОГ — за розробленими індивідуальними програмами фізичної реабілітації. Комплексна програма фізичної реабілітації хворих на гонартроз ОГ складалася з лікувальної фізич-

ної культури, лікувального масажу, механотерапії, фізіотерапевтичних процедур, включаючи низько-інтенсивне лазерне опромінення, освітніх програм. Вона ґрунтувалася на сучасному підході до лікування гонартрозу — «піраміді лікування». В її основі — комплексний лікувальний і педагогічний підходи, індивідуальна спрямованість.

Однією з основних скарг, які примушують людей звернутися до лікаря, є біль. Аналізуючи характер больових відчуттів у хворих КГ і ОГ, зауважуємо, що суттєвої різниці не існує, проте нас зацікавило питання порівняльної динаміки больових відчуттів у хворих КГ і ОГ у результаті лікування та реабілітації.

На початку дослідження найбільшу групу склали хворі, у яких показник болю за ВАШ (мм) ста-

Таблиця 1

Порівняльна динаміка зміни інтенсивності больових відчуттів хворих на гонартроз 0–І рентгенологічної стадії КГ і ОГ (ВАШ, мм)

ВАШ, мм	0-25		26-50		51-75		Середнє значення X±m	
	КГ n= 60	ОГ n= 67	КГ n= 60	ОГ n= 67	КГ n= 60	ОГ n= 67	КГ n= 60	ОГ n= 67
Чоловіки (на початку дослідження)	3 (11%)	1 (4%)	18 (67%)	22 (81%)	6 (22%)	4 (15%)	42,2 ± 0,96	41,8 ± 0,7
Жінки (на початку дослідження)	—	—	23 (70%)	26 (65%)	10 (30%)	14 (35%)	52,0 ± 0,85	49,4 ± 1,01
X	3 (5%)	1 (2%)	41 (68%)	48 (71%)	16 (27%)	18 (27%)	47,1 ± 1,39	45,6 ± 1,45
							p > 0,05	
Чоловіки (після курсу лікування)	13 (48%)	17 (63%)	14 (52%)	10 (37%)	—	—	30,4 ± 1,2	22,4 ± 0,92
Жінки (після курсу лікування)	23 (70%)	33 (83%)	9 (27%)	5 (12%)	1 (3%)	2 (5%)	26,6 ± 1,04	24,4 ± 1,33
X	36 (60%)	50 (75%)	23 (38%)	15 (22%)	1 (2%)	2 (3%)	28,5 ± 0,96	23,4 ± 1,3
							p < 0,05	
Чоловіки (через три місяці після курсу лікування)	12 (44%)	16 (59%)	15 (56%)	11 (41%)	—	—	31,2 ± 1,06	28,2 ± 1,24
Жінки (через три місяці після курсу лікування)	14 (42%)	34 (85%)	18 (55%)	6 (15%)	1 (3%)	—	32,2 ± 0,87	25,4 ± 0,65
X	26 (43%)	50 (75%)	33 (55%)	17 (25%)	1 (2%)		31,7 ± 1,3	26,8 ± 0,77
Чоловіки (через шість місяців після курсу лікування)	5 (19%)	13 (48%)	13 (48%)	14 (52%)	9 (33%)	—	40,9 ± 0,9	28,4 ± 0,67
Жінки (через шість місяців після курсу лікування)	7 (21%)	27 (68%)	15 (46%)	13 (32%)	11 (33%)		42,4 ± 1,3	26,2 ± 0,95
X	12 (20%)	40 (60%)	28 (47%)	27 (40%)	20 (33%)		41,7 ± 1,1	27,3 ± 0,65
							p < 0,05	

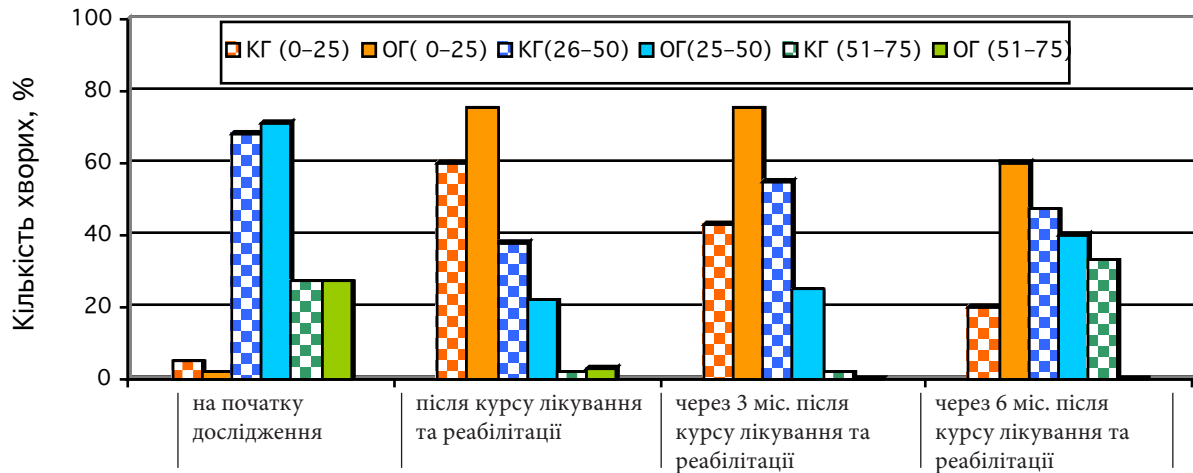


Рис. 1. Порівняльна динаміка показників болю (ВАШ, мм) у хворих на гонартроз 0-I рентгенологічної стадії КГ і ОГ

новив 26–50 (КГ–68 %, ОГ–71 %). Лише 11 % хворих чоловічої статі КГ і 4 % в ОГ вказали на незначну інтенсивність ранкової скутості (20–25 мм). 27 % опитаних у КГ і 27 % в ОГ зазначили тяжкість ранкової скутості в коліні на рівні 51–75 мм. На більш інтенсивний больовий синдром не вказав жоден з обстежених хворих.

Повторне визначення показника болю відразу після завершення курсу лікування й реабілітації дало такі результати: у хворих КГ показники болю зменшилися на 55 %, а в ОГ — на 73 %, проте в результаті свідомого дотримання рекомендацій лікаря та реабілітолога в позалікарняних умовах хворі ОГ відзначали, що через три місяці й через шість больові відчуття докучали набагато менше, ніж до початку курсу лікування й реабілітації. Так, через

три місяці 75 %, а через півроку — 60 % пацієнтів відзначали незначний біль, у той же час лише 43 % осіб КГ через три місяці й 20 % — через шість скаржилися на незначний біль (до 26 мм). В інших опитаних больові відчуття сягають більших значень ВАШ.

Порівняльну динаміку зміни інтенсивності больових відчуттів хворих КГ та ОГ подано в табл. 1 і на рис. 1.

Для визначення тривалості ранкової скутості хворим запропоновано вказати приблизну тривалість її у хвиликах. Так, у результаті опитування в КГ 26 респондентів (43 %) вважають, що протягом 15–20 хвилин триває ранкова скутість у суглобах, 13 хворих (22 %) зазначають 10–15-хвилинний термін і п'ятеро (8 %) указують на 5–10-хвилинний пе-

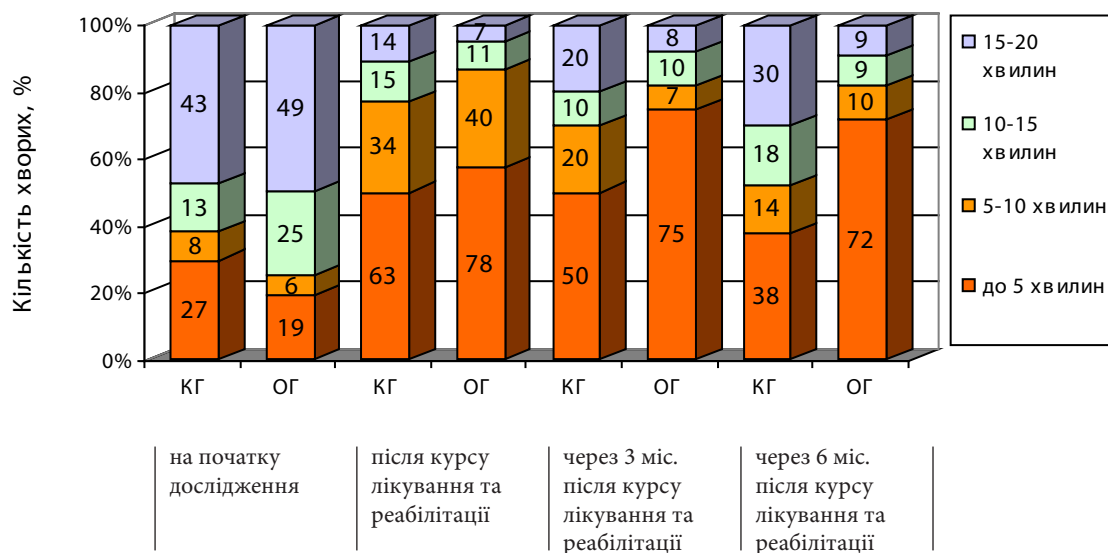


Рис. 2. Тривалість ранкової скутості в суглобах у хворих на гонартроз 0-I рентгенологічної стадії КГ і ОГ, хв.

Таблиця 2

Порівняльна динаміка змін тяжкості ранкової скутості в суглобах у хворих на гонартроз 0-I рентгенологічної стадії КГ і ОГ (ВАШ, мм)

ІМТ	0–25		26–50		51–75		76–100		Середнє значення X±m	
	КГ n= 60	ОГ n= 67	КГ n= 60	ОГ n= 67	КГ n= 60	ОГ n= 67	КГ n= 60	ОГ n= 67	КГ n= 60	ОГ n= 67
Чоловіки (на початку дослідження)	6 (22%)	7 (26%)	9 (33%)	8 (30%)	11 (41%)	10 (37%)	1 (4%)	2 (7%)	45,4 ±1,24	45,0 ±0,97
Жінки (на початку дослідження)	6 (18%)	11 (28%)	16 (49%)	19 (47%)	8 (24%)	8 (20%)	3 (9%)	2 (5%)	44,8 ±1,4	40,4 ±1,03
X	12 (20%)	18 (27%)	25 (41%)	27 (40%)	19 (32%)	18 (27%)	4 (7%)	4 (6%)	45,1 ±1,67	42,7 ±1,35
									p >0,05	
Чоловіки (після курсу лікування)	18 (66%)	22 (81%)	8 (30%)	4 (15%)	1 (4%)	1 (4%)	-	-	27,6 ±0,87	24,6 ± 1,14
Жінки (після курсу лікування)	20 (61%)	31 (77%)	13 (39%)	9 (23%)	-	-	-	-	27,8 ±0,9	24,6 ±0,65
X	38 (63%)	53 (79%)	21 (35%)	13 (19%)	1 (2%)	1 (2%)			27,7 ±1,17	24,6 ±1,11
									p <0,05	
Чоловіки (через три місяці після курсу лікування)	13 (48%)	21 (78%)	11 (41%)	3 (11%)	3 (11%)	-	-	-	32,6 ±1,28	20,0 ±1,1
Жінки (через три місяці після курсу лікування)	12 (36%)	31 (77%)	17 (52%)	9 (23%)	4 (12%)	-	-	-	35,2 ±0,9	24,6 ±1,12
X	25 (42%)	55 (82%)	28 (46%)	12 (18%)	7 (12%)				33,9 ±0,78	22,3 ±1,07
									p <0,05	
Чоловіки (через 6 місяців після курсу лікування)	8 (30%)	20 (74%)	9 (33%)	6 (22%)	8 (30%)	1 (4%)	2 (7%)	-	42,8 ±1,21	26,0 ±1,24
Жінки (через 6 місяців після курсу лікування)	8 (24%)	28 (70%)	17 (51%)	10 (25%)	7 (21%)	2 (5%)	1 (4%)	-	41,0 ±1,09	27,0 ±1,23
X	16 (27%)	48 (72%)	26 (43%)	16 (24%)	15 (25%)	3 (4%)	3 (5%)		41,9 ±1,68	26,5 ±1,53
									p <0,05	

ріод відновлення рухливості й 16 осіб (27 %) зазначають, що тривалість ранкової скутості становить до 5 хв. або відсутня.

Відповіді хворих ОГ загалом подібні. Так, половина опитаних — 33 пацієнти (49 %) — зазначили, що ранкова скутість у суглобі триває 15–20 хв, 17 хворих (25 %) відзначають 10–15-хвилинну тривалість дискомфорту, чотири пацієнти (6 %) вказують на 5–10-хвилинну скутість і 13 хворих (19 %) відповідають, що тривалість больових відчуттів — до 5

хвилин або не зауважують її взагалі. Після проведеного курсу лікування в КГ інтенсивність ранкової скутості зменшилась, у КГ 63 % пролікованих відзначили, що ранкова скутість триває до 5 хвилин, в ОГ 78 % хворих відзначили такі ж результати. Моніторинг за станом здоров'я протягом півроку свідчить, що в КГ показники поступово повертаються до вихідного рівня, тоді як в ОГ — «тримаються» на досягнутому після проходження курсу лікування та реабілітації рівні (рис. 2).

Ранкову скутість у суглобах хворі визначали за тяжкістю, оцінюючи її за ВАШ (100 мм). При зверненні до лікаря 41 % хворих КГ і 40 % в ОГ відзначали тяжкість ранкової скутості в колінних суглобах у діапазоні 26–50 мм. 32 % хворих у КГ і 27 % хворих в ОГ вказували на тяжкість ранкової скутості більше 51 мм. 7 % респондентів у КГ, 6 % хворих в ОГ зазначали значну тяжкість ранкової скутості — у діапазоні 76–100 мм.

Після курсу лікування та реабілітації, при повторному визначенні тяжкості ранкової скутості в колінних суглобах встановлено такі показники: у КГ 63 % хворих та 79 % в ОГ відзначають мінімальну тяжкість скутості в суглобі зранку; 35 % хворих КГ і 19 % — ОГ вказали на тяжкість у діапазоні 26–50 мм і лише по одному хворому в кожній групі, що становить 2 %, вказували біль у межах 51–75 мм.

На вищі показники не послався жоден пацієнт (табл. 2).

Висновки

На початку дослідження інтенсивність основних симптомів захворювання (больових відчуттів та ранкової скутості (за ВАШ, 100 мм) у хворих на гонартроз 0–І рентгенологічної стадії біль та ранкова скутість були в межах — 40–50 мм. та прямо пропорційні рентгенологічній стадії захворювання. Після курсу лікування у стаціонарі та через 3 і 6 місяців зберігалися суттєві покращення стану пацієнтів основної групи, що вказує на необхідність впровадження та ефективність реалізації програми фізичної реабілітації хворих на гонартроз.

Перспективи подальших досліджень. Наші дослідження будуть спрямовані на визначення ефективних шляхів фізичної реабілітації хворих на гонартроз у віддалені терміни після госпіталізації.

Список літератури

1. *Богатирьова Т. В.* Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування фізичних чинників в реабілітації хворих на артроз : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / Т. В. Богатирьова. — О., 2001. — 33 с.
2. *Вишневський В. О.* Патогенетичне обґрунтування принципів етапного відновлювального лікування хворих на артроз (клініко-експериментальне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / В. О. Вишневський. — О., 2005. — 32 с.
3. *Герасименко С. І.* Сучасні підходи до комплексного лікування остеоартрозу / С. І. Герасименко, О. П. Борткевич, О. Є. Лоскутов // *Здоров'я України*. — 2007. — № 20. — С. 60–61.
4. *Грабовська О. А.* Клініко-патогенетичне обґрунтування застосування магнітотерапії та кальцеміну у комплексному лікуванні хворих на артроз : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / О. А. Грабовська. — О., 2004. — 24 с.
5. *Дядык А. И.* Клинические и лабораторно-инструментальные сопоставления и степень активности воспаления у больных с остеоартрозом коленных суставов / А. И. Дядык, И. А. Боева, И. И. Здиговская // *Укр. ревматол. журн.* — 2008. — № 3. — С. 75–80.
6. *Ейтутіс Ю. Г.* Клініка, діагностика та лікування деформівного артрозу першого плесно-фалангового суглоба : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 14.01.21 «Травматологія та ортопедія» / Ю. Г. Ейтутіс. — К., 2006. — 23 с.
7. *Канут М. І.* Використання низькочастотного ультразвуку та магнітолазерної терапії в реабілітації хворих на остеоартроз : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.33 «Медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія» / М. І. Канут. — О., 2008. — 20 с.
8. *Zhang W.* EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of knee osteoarthritis / W. Zhang, M. Doherty, G. Peat, M. A. Bierma-Zeinstra [et al.] // *Ann Rheum Dis.* — 2010. — № 69. — P. 483–489.

Надійшла до редакції 12.08.2012 р.

Андрейчук Ольга, Григус Игорь. Эффективность реализации программы физической реабилитации больных гонартрозом.

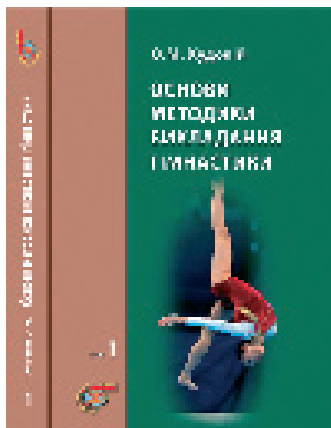
В статье рассматриваются вопросы эффективности и целесообразности применения физической реабилитации у больных гонартрозом. Пациенты основной группы занимались по разработанным индивидуальным программам физической реабилитации, а контрольной — по общепринятым. Отмечена положительная сравнительная динамика изменений интенсивности болевых ощущений у больных основной группы при выписке из стационара, через три месяца и через шесть месяцев после выписки. Болевые ощущения докучали гораздо меньше, чем до поступления в больницу и прохождения курса лечения и реабилитации. Такие же позитивные изменения отметили пациенты основной группы при определении тяжести утренней скованности в коленных суставах, большинство из них отмечали минимальную тяжесть скованности утром.

Ключевые слова: физическая реабилитация, боль, скованность, гонартроз.

Andreychuk Olga, Grygus Igor. Effectiveness of programs of physical rehabilitation of patients with knee osteoarthritis. The paper deals with the effectiveness and usefulness of physical rehabilitation in patients with knee osteoarthritis. Patients core team engaged by the developed individual programs of physical rehabilitation, and control — in common. Noted the positive dynamics of changes in the relative intensity of pain in patients of group at discharge from the hospital, three months and six months after discharge. Pain beset much less than before admission to hospital and medical treatment and rehabilitation. Similar improvements noted patients the main group in determining the severity of morning stiffness in the knee joints, most of them mentioned the minimum severity of stiffness in the morning.

Keywords: physical rehabilitation, pain, stiffness, knee osteoarthritis.

Нова книжка



X98

Худолій О.М.

Основи методики викладання гімнастики: Навч. посібник. У 2-х томах. — 4-е вид., випр. і доп. — Харків: «ОВС», 2008. — Т. 1. — 408 с: іл.

ISBN 966-7858-54-5.

ISBN 966-7858-55-3(I).

У першому томі навчального посібника розглянуті загальні питання теорії гімнастики, а також засоби і методика розвитку рухових здібностей та методика навчання гімнастичним вправам.

Навчальний посібник рекомендовано викладачам і студентам факультетів фізичного виховання педагогічних університетів та вчителям фізичної культури середніх загальноосвітніх шкіл.



X98

Худолій О.М.

Основи методики викладання гімнастики: Навч. посібник. У 2-х томах. — 4-е вид., випр. і доп. — Харків: «ОВС», 2008. — Т. 2. — 464 с: іл.

ISBN 966-7858-54-5.

ISBN 966-7858-56-1(II).

У навчальному посібнику розглянута методика викладання гімнастики в школі і ДЮСШ, а також методика організації і проведення змагань зі спортивної гімнастики.

Посібник рекомендовано викладачам і студентам факультетів фізичного виховання вищих педагогічних навчальних закладів III—IV рівня акредитації та вчителям фізичної культури середніх загальноосвітніх шкіл.

Рекомендовано

Міністерством освіти і науки України як навчальний посібник
для студентів вищих навчальних закладів
(лист № 14/18.2—1928 від 17.01.06)